	Maharashtra State Board of Secondary & Higher Secondary Education, Kolhapur Divisional Board Kolhapur - 416004		**महाराष्ट्र राज्य माध्यमिक व उच्च माध्यमिक शिक्षण मंडळ, कोल्हापूर विभागीय मंडळ, कोल्हापूर - 416 004**

Ph No. 0231-2696101/2/3 WebSite : www.sscboardkolhapur.in Email: divsec.kop@gmail.com

क्र.कोविमं/माध्य.परीक्षा/ 3398
दिनांकः- 23 SEP 2026

प्रति,

मुख्याध्यापक,
सर्व मान्यताप्राप्त शाळा,
सातारा / सांगली / कोल्हापूर.

विषय:- माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र (इ.10 वी) मार्च 2027 परीक्षेस प्रविष्ठ होणाऱ्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना सवलत मिळणेबाबतचे प्रस्ताव सादर करण्याबाबत.

संदर्भ:- शासन निर्णय क्र.संकिर्ण-2017/(118/17)/एस.डी.-6, दि.16 ऑक्टोबर, 2018

उपरोक्त संदर्भिय विषयास अनुसरुन या विभागीय मंडळाच्या कार्यकक्षेतील सर्व मान्यताप्राप्त माध्यमिक शाळांच्या मुख्याध्यापकांना कळविण्यात येते की, इ.10 वी मार्च 2027 परीक्षेस आपल्या माध्यमिक शाळेतून प्रविष्ठ होणाऱ्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांना सवलत मिळण्याबाबतचे प्रस्ताव मंडळाच्या निर्धारित प्रपत्रासह त्यांचे वैद्यकीय प्रमाणपत्र सादर करणे आवश्यक असुन सदर प्रस्ताव या कार्यालयास सादर करताना खालील बाबींची पूर्तता करणे आवश्यक आहे.

1. दिव्यांग सवलत मिळण्याबाबत मुख्याध्यापकांचे स्पष्ट शिफारस पत्र व शिफारस पत्रामध्ये दिव्यांग विद्यार्थ्यांना कोणत्या प्रकारची सवलत हवी आहे याचा स्पष्टपणे उल्लेख असणे आवश्यक आहे.
2. दिव्यांग विद्यार्थ्यांस महाराष्ट्र शासनाने दिलेले अधिकृत प्रमाणपत्राची प्रमाणित छायाप्रत जोडण्यात यावी.
3. मंडळाच्या विहित दिव्यांग फॉर्म / प्रपत्रावर जिल्हा शल्यचिकित्सक यांचा शिक्का व स्वाक्षरी आवश्यक आहे. (मंडळाचे विहित दिव्यांग फॉर्म / प्रपत्रे www.sscboardkolhapur.in यासाईट वर माहितीसाठी जोडली आहेत.)
4. सदर विद्यार्थ्याचा दिव्यांग भागासह काढलेला अद्ययावत फोटो प्रमाणपत्रावर लावून त्यावर जिल्हा शल्यचिकित्सक यांचा शिक्का घेण्यात यावा.
5. जर एखाद्या विद्यार्थ्याकडे स्वावलंबन प्रमाणपत्र (Unique Disability ID Card) असेल तर अशा दिव्यांग विद्यार्थ्याकरिता जिल्हा शल्यचिकित्सक यांची प्रतिस्वाक्षरी असलेले विहित नमुन्यातील फॉर्म / प्रपत्राची आवश्यकता नाही.
6. ज्या विद्यार्थ्यांनी मंडळाच्या विहित नमुन्यामध्ये वैद्यकीय प्रमाणपत्र सादर केली असतील अशा दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा ऑनलाईन आवेदनपत्र भरताना दिव्यांग कोड न चुकता भरण्यात यावा अथवा तशी दुरुस्ती प्रि-लिस्टमध्ये दर्शविण्यात यावी. (दिव्यांग प्रकारनिहाय कोडची यादी सोबत जोडली आहे)
7. इ.10 वी मार्च 2027 परीक्षेसाठी दिव्यांग विद्यार्थ्यांनी घेतलेले विषय व माध्यम याबाबतचा तपशील जोडणे आवश्यक आहे. (विषय योजना तपशील जोडणे आवश्यक आहे)

8. दिव्यांग विद्यार्थ्यास लेखनिकाची आवश्यकता असल्यास लेखनिक हा त्या शाळेतील इ.9वी मध्ये शिकत असलेला विद्यार्थी / विद्यार्थीनी असावा. सदर प्रस्तावासोबत मुख्याध्यापकाचा लेखनिक मिळण्याबाबत स्पष्ट उल्लेख असावा, दिव्यांग विद्यार्थी व त्याच्या पालकाचा लेखनिक मिळण्याबाबत विनंती अर्ज, संबंधित लेखनिक विद्यार्थ्याचा फोटो लावलेले बोनाफाईड प्रमाणपत्र, लेखनिक व त्यांच्या पालकांचे संमतीपत्र सादर करावे. जर एखादया विद्यार्थ्याने अंकगणित (76) हा विषय घेतलेला असल्यास फक्त त्या विषयाकरिता इ.6 वी मधील लेखनिक घेणे आवश्यक आहे, याची दक्षता संबंधित मुख्याध्यापकांनी घ्यावी.
9. उपरोक्तप्रमाणे सदर कागदपत्राची पूर्तता करुन, संबंधित विद्यार्थ्यास आवश्यक सवलतीचा स्पष्ट उल्लेख शाळेच्या शिफारस पत्रामध्ये करुन सदरचे प्रस्ताव या कार्यालयाकडे दि. 31.12.2026 पर्यंत सादर करावेत. सदर दिव्यांग सवलत मिळण्याबाबत प्रस्ताव संबंधित माध्यमिक शाळेने या कार्यालयास सादर न केल्यामुळे विद्यार्थ्यांच्या होणाऱ्या संभाव्य शैक्षणिक नुकसानीस संबधित माध्यमिक शाळेचे मुख्याध्यापक जबाबदार राहतील, याची नोंद घ्यावी.
10. इ.10 वी मार्च 2027 परीक्षेसाठी भरलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यांच्या आवेदनपत्राची छायांकित प्रत सोबत जोडणे आवश्यक आहे.
11. परीक्षेच्या ऐनवेळी दुखापत /अपघात झालेल्या विद्यार्थ्यास लेखनिक सवलत हवी असल्यास त्याने नजिकच्या शासकीय रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र सादर करणे बंधनकारक आहे. त्याशिवाय लेखनिकाची सवलत दिली जाणार नाही. याची नोंद घ्यावी. (उदा.बोट / हात / पाय फॅक्चर होणे)

(गजानन उकिर्डे)
प्र.विभागीय सचिव
कोल्हापूर विभागीय मंडळ,कोल्हापूर

सोबत:- 1) मंडळाचे विहित दिव्यांग फॉर्म / प्रपत्र
2) दिव्यांग प्रकारनिहाय कोडची यादी

ackHANDICAP

NEW DISABILITY CODE AND THEIR DESCRIPTION

CODE	DISCRIPTION	IN MARATHI
0	NO HANDICAP	दिव्यांग नाही
1	BLINDNESS/ PARTAIL BLIND	अंशत: अंध / पूर्णत: अंध
2	LEPROSY CURED PERSONS	कुष्ठरोगातून बरे झालेले
3	HEARING IMPAIRMENT - DEAF AND DUMB	कर्णबधिर विद्यार्थ्यांसाठी
4	LOCOMOTOR DISABILITY INCLUDING OTHOPEDIC DISABILITY	अस्थिव्यंग
5	DWARFISM	शारिरीक वाढ खुंटणे
6	INTELLECTUAL DISABILITY - MENTALLY CHALLENGED	बौद्धीक अक्षम (मतिमंद)
7	MULITPLE DISABILITIES	बहुविकलांग
8	MENTAL ILLNESS	मानसिक आजार
9	AUTISM SPECTRUM DISORDER	ऑटिस्टिक (स्वमग्न)
10	CEREBRAL PALSY	सेरेबल पाल्सी
11	MUSCULAR DYSTOPHY	स्नायूंची विकृती
12	CHORONIC NEUROLOGICAL CONDITIONS	मज्जासंस्थेचे तीव्र आजार
13	SPECIFIC LEARING DISABILITIES	अध्ययन अक्षम
14	SLOW LEARNERS / INTELLECTUAL DISABILITY BORDER LINE	गतिमंद
15	MULITPLE SCLEROSIS	मल्टीपल स्क्लेरोसिस
16	SPEECH AND LANGUAGE DISABILITY	वाचा व भाषा अक्षमत्व
17	THALASSEMIA / CANCER	थॅलस्सेमिया
18	HEMOPHILIA	हिमोफिलिया
19	SICKLE CELL DISEASE	सिकल सेल
20	ACID ATTACK VICTIM	ॲसिड अटॅक व्हिक्टिम
21	PARKINSON'S DISEASE	पार्किनसन्स
22	OTHER DISABILITIES	इतर आजार

दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा अर्ज

दिव्यांग विद्यार्थ्यांचा फोटो

प्रति

मुख्याध्यापक,

____

____

____

विषय :- माध्यमिक शालांत प्रमाणत्र (इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेकरिता लेखनिक मिळणेबाबत...

वरील विषयास अनुसरुन विनंती अर्ज करीतो की, मी ______________ इयत्ता ______ मध्ये आपल्या माध्यमिक शाळेमध्ये शिक्षण घेत आहे. मी दिव्यांग असल्यामुळे मला माध्यमिक शालांत प्रमाणपत्र (इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेसाठी लेखनिकाची आवश्यकता आहे.

लेखनिक विद्यार्थी / विद्यार्थीनीचे नाव ______________ इयत्ता ______ तुकडी ______ मध्ये ______________ ______________ या माध्यमिक शाळामध्ये शिक्षण घेत असून सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी मला लेखनिक म्हणून घेण्यास परवानगी मिळावी. ही विनंती.

आपला/ आपली विश्वासु,

दिनांक - ____/______/______

ठिकाण - ______________

विद्यार्थ्यांची / विद्यार्थीनींची स्वाक्षरी

मुख्याध्यापकाचे शिफारस पत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, सदर विद्यार्थी / विद्यार्थीनी नाव ______________ ______, या माध्यमिक शाळेतील असून सन ______ या शैक्षणिक वर्षात इयत्ता ______ तुकडी ______ या वर्गात शिक्षण घेत असून त्यास वरील लेखनिक नाव ______________ घेण्याबाबत शिफारस करण्यात येत आहे.

दिनांक - ____/______/______

ठिकाण - ______________

मुख्याध्यापकांची स्वाक्षरी व शाळेचा शिक्का

लेखनिक विद्यार्थ्याचा फोटो

लेखनिक विद्यार्थ्यांचे संमतीपत्र

मी लेखनिक नाव कुमार / कुमारी ____________________

शाळेचे नाव ____________________

____________________ या माध्यमिक शाळेचा विद्यार्थी असून सन ____________ या शैक्षणिक वर्षात इयत्ता ____________ तुकडी ____________ या वर्गात शिकत आहे.

मी परिक्षार्थी नाव ____________________

इयत्ता ____________ तुकडी ____________ या वर्गात शिकत असलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यास / विद्यार्थीनीस माध्यमिक शालांत (इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेकरीता लेखनिक म्हणून काम करण्याची संमती आहे. असे लिहून देतो.

दिनांक - ____/____/________

ठिकाण - ____________________

लेखनिक विद्यार्थी / विद्यार्थीनीची स्वाक्षरी

लेखनिकाच्या पालकांचे संमतीपत्र

मी श्री./श्रीमती/____________________ माझा पाल्य कुमार / कुमारी ____________________ या माध्यमिक शाळेमध्ये शिक्षण घेत आहे.

____________________ या माध्यमिक शाळेतील कुमार / कुमारी ____________________ इयत्ता ____________ तुकडी ____________ या वर्गात शिकत असलेल्या दिव्यांग विद्यार्थ्यां / विद्यार्थीनींस माध्यमिक शालांत (इ.१०वी) मार्च २०२५ परीक्षेकरिता माझ्या पाल्यास लेखनिक म्हणून देण्यास मी संमती देत आहे.

दिनांक - ____/____/________

ठिकाण - ____________________

लेखनिकाच्या पालकांची स्वाक्षरी

मुख्याध्यापकाचे शिफारस पत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, सदर लेखनिक विद्यार्थी / विद्यार्थीनी नाव ____________________ हा / ही ____________________ ____________________ या माध्यमिक शाळेतील विद्यार्थी / विद्यार्थीनी असून सन ________ या शैक्षणिक वर्षात इयत्ता ____________ तुकडी ____________ या वर्गात शिकत आहे.

~~वर नमुद केल्याप्रमाणे माझ्या माध्यमिक शाळेतील विद्यार्थी / विद्यार्थीनी नाव~~ ____________________ यास / हीस लेखनिक म्हणून देण्यात माझी संमती / शिफारस आहे.

दिनांक - ____/____/________

ठिकाण - ____________________

मुख्याध्यापकांची स्वाक्षरी
व शाळेचा शिक्का

Form - 3

Medical Certificate for Visually Impaired (Blind) Candidate

Attested Photograph

Certified that I, Dr. ______________________________

Registration No. __________ Dated ______________ have, examined the Candidate whose Particulars are given below:

1. Name of Candidate : ______________________
2. Sex : ______________________
3. Age/Approximate Age : ______________________
4. Identification mark : ______________________
5. Father's Name : ______________________
6. Mother's Name : ______________________
7. Extent of residual vision, if any Right eye
   Left eye
8. On set of blindness {Please state whether blindness is from birth or acquired. Indicate the age and cause of blindness.
   [For the Purpose of concessions granted to blind candidates, blind are those who suffer from either of the Following:

a) Total absence of sight.

b) Visual acquity not exceeding: 6/60 or 20/200 [Snellen] in the better eye with correcting lenses.

c) Limitation of the field of : vision substanding angle of 20 degrees-or worse

9. Please state clearly whether the candidate is blind and eligible to get concessions, granted by the M.S.B.S. Board

Signature of Applicant

Place : ______________________

Date : / / 202

School / Jr. College Stamp & Signature of Head Master/Principal:

Index No. ______________________

[Signature of Ophthalmologist]

Designation: ______________

Office Stamp:

Address: ______________

____

FORM

Medical Certificate For Hearing Impaired (Deaf)

Attested Photograph

Certified that I, Dr. ____________________

Registration No. ____________________ Dated ____________

have examined the candidate on ____________ day of ____________ 20

1. Name of Candidate :- ____________________
2. Sex :- ____________________
3. Age/Approximate Age :- ____________________
4. Identification Mark :- ____________________
5. Father's Name :- ____________________
6. Mother's Name :- ____________________
7. An estimate of the residual hearing, If any and the basis on which this estimate has been arrived at -

   a] Right ear :- ____________

   b] Left ear :- ____________
8. Onset of deafness [Please state whether : deafness is from birth or acquired. Cause of deafness may be indicated]

   [For the purpose of concessions granted to deaf candidate, deaf are those in whom the sense of hearing is non-functional for the ordinary purposes of life. Generally loss of hearing in better ear should be 60 decibels or above at. 500,1000,2000 frequencies which will make residual hearing non-functional]
9. Please state clearly whether the candidate is hearing impaired and eligible to get concession granted by the S.S.C./H.S.C. Board.
10. Please enclose audiogram chart

Signature of Applicant

Place : ____________

Date : ____________

Signature of Head Master /Principal:

& Stamp:

Index No. ____________

[Signature of ENT specialist]

Designation: ____________

Office Stamp:

Address: ____________

____

FORM – III

Medical Certificate In Respect Of An Orthopaedically/ Physically Handicapped And Spastic Candidate

Attested Photograph

For the purpose of concessions granted to Orthopaedically/physically handicapped or spastic, are those who have physical impairment or deformity which causes an interference with the normal functioning of bones, muscles and joints.

Certified that I, Dr. ____________________ Registration No. ________ 20 have. examined the candidate ________ on ______ day______ 20 whose particulars are given below and that he/she falls within the above definition.

1	Name of candidate	
2	Identification Mark	
3	Sex	
4	Age / Approximate Age	
5	Father's Name	
6	Mother's Name	
7	a) Nature of disability {Tick relevant from following List } POST – POLIO-PARALYSIS, HEMIPLEGIA, QUADRAPLEGIA, MONOPLEGIA FRACTURE.NERVE PARALYSIS, UPPER EXTREMITY, LOWER EXTREMITY, LIMP, PAINFUL, SHORTENING, DEFORMITY, CONGENITAL, ACQUIRED, ABOVE KNEE, BELOW KNEE HIP HEMIPELVECTOMY, SYMES, CHEOPARTS, WRIST, FINGERS.BELOW ELBOW, ABOVE ELBOW, SHOULDERS TORE; QUARTER, UNILATERAL, BILATERAL b) Extent of disability Estimate in percentage [mc.Bridge Scale] ON ANATOMICAL FUNCTIONAL, [PATIENTS ASSESSMENT EXAMINER'S ASSESSMENT] Percentage [Please state whether the percentage of disability is 40 or above] c) Use of applicant ; [Tick relevant from following list] CALLIPER, CRUTCH, ABOVE KNEE BELOW KNEE PROSTHESIS, CANE, UNILATERAL, BILATERAL ABOVE ELBOW, BELOW ELBOW HEMIPELVECTOMY. SHOULDER-DISARTICULATION	

FORM - IV

Medical Certificate For Candidate Having Learning Disability

Attested Photograph

We certify that Dr/Neurologist ______________________

Regd No ______________ and psychologist ______________________

Regd No/Licence No ________ have examined the candidate whose particular's are given below on the following dates independent of each other

1. Name of Candidate :- ______________________
2. Sex :- ______________________
3. Age/Approximate Age :- ______________________
4. Identification Mark :- ______________________
5. Father`s Name :- ______________________
6. Mother`s Name :- ______________________
7. NATURE OF THE DISABILITY :- ______________ [Based on the tests devised by the board comprising of a neurologist, child psychologist and special educator] please indicate the disability with a [✓] [tick mark]

[a] DYSLEXIA : [ ]

[b] DYSGRAPHIA : [ ]

[c] DYSCALCULIA : [ ]

Signature of the examining (neurologist) and Date: ______________

Signature of the examining paediatrician/

Special educator and Date: ______________

Countersigned by Civil Surgeon and Date ______________

Signature with Date & Stamp
(Civil Surgeon/Neurologist/Psychologist

टिप : अध्ययन अक्षमता (LD.) असणाऱ्या विद्यार्थ्यांच्या वैद्यकीय प्रमाणपत्रावर न्युरॉलॉजिस्ट, विशेष शिक्षक / मुख्याध्यापक / प्राचार्य आणि सिव्हिल सर्जन यांच्या सह्या असणे आवश्यक आहे.

	d) Any operation done of indication e) Photograph [Attested] To show the nature of disability and any appliance if used	
8.	Any other particulars to clarify that nature and extent of disability that the surgeon might like to point out.	

Please state clearly whether the candidate is Orthopaedically / Physically handicapped/ spastic and eligible to get concessions granted by the S.S.C./H.S.C. Board.

Signature of Applicant

Place : ______________

Date : ______________

Signature of orthopaedic Surgeon

Designation: ______________

Office Stamp:

School Stamp and signature of Head Master /Principal:

Index No. ______________

Medical Certificate for Autistic Candidate

Attested Photograph

Certified that I, Dr. ____

Registration No. ___________ Dated ______________ have, examined the candidate whose particulars are given below:

1. Name of Candidate :- ____________________
2. Sex :- ____________________
3. Age/Approximate Age :- ____________________
4. Identification Mark :- ____________________
5. Father's Name :- ____________________
6. Mother's Name :- ____________________
7. Extent of autism :- ____________________
8. Please state clearly whether the candidate is autistic and eligible to get concession granted by the H.S.C. /S.S.C. Board.

Signature of (Specialized Doctor)

Designation: ____________________

Office Stamp:

Address: ____________________

टिप : ऑटीझम या अपंगत्वासाठी आवश्यक असलेले वैद्यकीय प्रमाणपत्र मुंबई येथील नायर हॉस्पिटल, सायन हॉस्पिटल, पुणे येथील ससून हॉस्पिटल, शक्य नसल्यास जिल्हा शल्य चिकित्सालयाचे प्रमाणपत्र आवश्यक आहे.

B. Y. L. NAIR CH. HOSPITAL & T. N. MEDICAL COLLEGE
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
Dr. A. L. Nair Road, Mumbai 400 008. Tel.: 022 - 2302...

OPINION CERTIFICATE

Date :

Name :

Age : Sex : Date of Birth :

Date of Registration : UHID No. :

Father's Name : Mr.

Mother's Name : Ms.

Std. : Name of School :

Psychological Assessment : (Date :)
Test-

Verbal IQ	:	
Performance IQ	:	
Global IQ	:	

Diagnosis :

Recommendation :

Dr. Sushma Sonavane Professor & Head Dept. of Psychiatry	Dr. Henal Shah Professor Additional Dept. of Psychiatry	Dr. Jahnavi Kedare Professor Additional Dept. of Psychiatry	Dr. Alka Subramanyam Associate Professor Dept. of Psychiatry

B. Y. L.

Form 'A'

ANNEXURE – 2

MUNICIPAL CORPORATION OF GREATER MUMBAI

No.

Date 20

This is to certify that .... was treated in the Out-patient ...ment of this Hospital from .... to .... and was admitted into this ...spital on .... and discharged on .... He ...s still under treatment.

He/She has been suffering from .... and is fit/unfit to resume his duties from/for a period of .... He/She is advised light duty suitable ...rk for a period of ....

Medical Officer

2017 18-200 Bks (100 X 2) (M-2)